Lane Medical Library

Die Perineorrhaphie

nach Lawson-Tait.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät der Universität Greifswald

am

Freitag, den 4. October 1889

vormittags 11 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Max Clemens Kirchhoff

aus Bergen auf Rügen.

Opponenten:

Herr Dr. med. Alfred Kruse, prakt. Arzt.
„ „ Otto Schömann, „ „
„ Johannes Schmidt, „ „

Greifswald.
Druck von F. W. Kunike.

in Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

In der operativen Therapie der veralteten Dammrisse und Scheidenwandvorfälle ist es erst in neuerer Zeit der rein plastischen Methode gelungen, der früher allgemein üblichen der Anfrischung den Platz streitig zu machen. Wenn auch die Idee dieses Operationsverfahrens schon älteren Datums ist und Eigentum älterer Autoren war — Voss sen. in Christiania im Jahre 1870, Stein in Kopenhagen 1862 –, so gebührt doch das Verdienst, dieser plastischen Methode der Dammneubildung die bis jetzt höchste Vervollkommnung sowohl in Bezug auf Leichtigkeit der Ausführung wie auf Sicherheit im Erfolge verliehen zu haben, dem Engländer Lawson-Tait. Und speciell in Deutschland hat Sänger (Leipzig) sich bemüht, dem neuen Verfahren Anerkennung zu verschaffen. In der Nummer 301 der Sammlung klinischer Vorträge (von Volkmann) giebt Sänger eine übersichtliche Zusammenstellung der bisher gebräuchlichen plastischen Methoden mit besonderer Berücksichtigung und Empfehlung der von Lawson-Tait angegebenen. Letztere besteht nun bei inkompletem Dammriss wesentlich in folgendem: Es wird das Septum recto-vaginale mittelst Schere oder Messer quer gespalten, wobei vorsichtig eine Verletzung der Vaginal- oder Analschleimhaut vermieden werden muss. Dieser Spaltungsschnitt dehnt sich nach beiden Seiten bis zu einem Punkte aus, den man sich in einer etwas auswärts von der Vereinigungsstelle der grossen und kleinen Labien gezogenen sagittalen Linie liegend denkt. Senkrecht auf die Endpunkte dieses Schnittes wird je ein Schnitt geführt, dem obige sagittale Linie als Richtung dient.

Bei genügend tiefer Spaltung wird, wenn eine Pincette den so gebildeten Lappen nach vorne zieht, eine annähernd viereckige Figur entstehen. Die Naht geschieht dann in der Weise, dass Silberdrähte am seitlichen Rande der Wundfläche eingeführt, unter der Fläche hinweggeführt, am gegenüberliegenden Rande wieder ausgestochen und die Enden zusammengedreht werden. Zwischen diese werden die nötigen Hautligaturen gelegt. Eine Änderung erfährt diese Methode, wenn es sich um einen kompleten Dammriss handelt. In diesem Falle werden jene sagittalen Schnitte auch nach hinten in betreffender Ausdehnung geführt; die Nahtlegung ist dieselbe.

In wie vollkommener Weise diese Methode die Aufgabe der Dammneubildung oder — bei intaktem Damm — nur Dammverlängerung erfüllt, beweisen die Statistiken. In voller Überzeugung von der hervorragenden Brauchbarkeit der Methode sagt Sänger: „Wer die Operation nur einmal ausführen sah, wird sie nachmachen können, ohne weitere Vorübung, ohne weitere Erfahrung in plastischen Operationen überhaupt. Ihre klassische Einfachheit und die Sicherheit ihrer Resultate macht sie allen seitherigen Operationsverfahren überlegen".

Auch die Greifswalder Königliche Universitäts-Frauenklinik hat schon eine Anzahl von Perineorrhaphien nach Lawson-Tait zu verzeichnen, und auch hier geben die therapeutischen Erfolge das beste Zeugnis für die Güte der Methode ab. Dies wird ersichtlich sein aus der mir von Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Pernice gütigst erlaubten Beschreibung der letzten Reihe der einschlägigen Fälle hiesiger Klinik.

Fall 1.

Fr. B. 50 J. aus Conerow wurde am 14. III. 89 aufgenommen. Die Diagnose lautete: Prolapsus parietis anterioris vaginae, hypertrophia portionis vaginalis uteri Am

14. III. Amputatio portionis vaginalis uteri, Perineoplastik nach Sänger. Es wird die Portio gefasst und hervorgezogen, darauf ein circa 2 ctm. langes Stück erst rechts, dann links gespalten und abgetragen. Vernähung der Wundränder mit Katgut. Darauf ⊔förmige Anfrischung des Dammes, Vereinigung der Wundränder durch tiefe Silberdrähte und oberflächliche Silkwormnähte. Jodoformverband mit T-Binde. Am 20. III werden die Silkwormfäden entfernt; die Wunde ist bis auf das hintere Viertel gut geheilt, aus dem hinteren Wundwinkel entleert sich Eiter. Am 27. III. werden die Silberdrähte entfernt; Wunde sieht gut aus und ist verheilt Entlassung am 1. IV.

Fall 2.

Fr. B. 27 J. aus Kronsberg bei Jarmen wurde am 6. I. 89 aufgenommen. Bis zum 14. Jahre immer gesund. Die Menstruation, vom 18. Lebensjahre beginnend, war regelmässig vierwöchentlich, dauerte 1—3 Tage, war nicht reichlich, ohne Schmerz, ohne Stücke. Die letzte Regel war vor circa 6 Wochen, bis dahin war sie stets regelmässig. Sie hat 3 regelmässige Geburten und Wochenbetten gehabt; ältestes Kind 5 J., jüngstes 1½ Jahre. Seit der ersten Entbindung, nach der Patientin 14 Tage lag, klagte sie über Vorfall der Scheidenwände, die stets prolabierten, wenn Patientin stand. Schmerzen waren dabei nicht vorhanden. Im Laufe der Jahre wurden die Erscheinungen des Vorfalles stärker, weswegen Patientin die Hülfe der Klinik in Anspruch nahm. Stat. praes. Der Bau der Patientin ist klein und fein, die Ernährung leidlich gut, die Farbe gesund, der Appetit gut, Stuhl angehalten, Urin normal. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt: Beim Pressen nach unten wölben sich die beiden Scheidenwände aus der Schamspalte hervor und ziehen den Uterus mit hinab, welcher selbst nicht vergrössert ist, aber retrovertiert liegt. Es besteht Fluor albus. Die Sonde geht in normaler Länge, aber verkehrter Richtung in den Uterus hinein. Diagnose:

Prolapsus parietis utriusque vaginae, descensus et retroversio uteri, fluor albus, Therapie: Heben des Uterus nach Sielski (Lemberg), Sorge für Stuhlgang. Schon nach den ersten Hebungen kommt der Uterus nicht wieder heraus; im Laufe der Behandlung bleibt er ziemlich hoch stehen und bleibt auch in dieser bei geringer Anstrengung der Bauchpresse. Entlassung.

Wiederaufnahme der Patientin am 16. III. 89. Heben des Uterus nach Sielski. Da jedoch mit dieser Methode nicht viel erreicht wird, wird am 29. III. die Kolporrhaphia anterior gemacht: Oförmige Anfrischung der vorderen Scheidenwand und Vernähen mit tiefen Silber- und oberflächlichen Katgutnähten. Darauf in Narkose die typische Perineoplastik nach Sänger: ⊔förmige Anfrischung des Dammes und Vernähen mit tiefen Silber- und oberflächlichen Silkwormfäden. Der übliche Verband mit T-Binde. Am 5. IV. Herausnahme der oberflächlichen Silkwormfäden; prima reunio. Am 12. IV. Herausnahme der Silberfäden aus dem Damm; die Wunde ist gut geheilt. Herausnahme der Silberdrähte aus der vorderen Scheidenwand am 25. IV. Entlassen am 27. IV. 89.

Fall 3.

Fr. P. 62 J. aus Demmin wurde am 20. III. 89 aufgenommen. Diagnose: Prolapsus parietis anterioris vaginae, hypertrophia portionis vaginalis uteri. Bis zum 14. Jahre war Patientin immer gesund. Letzte Menstruation im 53. Lebensjahr. Vier regelmässige Geburten und Wochenbetten. Ein viertel Jahr nach der letzten Entbindung vor 19 Jahren stellte sich bei der Patientin infolge schwerer Arbeit ein Gebärmutter-Vorfall ein. Eine Behandlung mit Ringen erwies sich infolge eines Dammrisses erfolglos. Das Leiden wurde in der letzten Zeit nach dem Tode des Mannes, wo Patientin wieder arbeiten muss, unerträglich, weshalb sie hier Hülfe suchte. Stat. praes. Der Bau mittelgross, kräftig, Ernährung

gut, Farbe gesund, Appetit mässig, Stuhl regelmässig, Urin normal. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt: Vaginalportion ist stark hypertrophiert, ragt aus den äusseren Geschlechtsteilen hervor, und hat ein starkes Ulcus um den äusseren Muttermund herum. Die vordere Scheidenwand ist prolabiert und hat die Blase und den Uterus mit heruntergezogen. Die Sonde geht nicht durch den Cervicalcanal hindurch. Am 23. III. Operation in Narkose, Amputatio portionis, kolporraphia anterior, Perineoplastik nach Sänger. Vaginalportion wird nach rechts und links circa 2 ctm. gespalten und die so entstandenen Lippen abgetragen; die Wunde wird mit Katgut geschlossen. Aus der vorderen Scheidenwand wird ein O-förmiges Stück Schleimhaut entfernt und die Wundränder mit Silberdrähten und dazwischen liegenden Katgutfäden vereinigt. Darauf ⊔förmige Anfrischung des Dammes nach Sänger mit Knieschere und Messer. Vereinigung der Wundränder durch Silberdraht und dazwischen liegende Silkwormfäden. Irgend welche erheblichen Blutungen treten während der ganzen Operation nicht auf. T-Binde. Am 30. III. Herausnahme der oberflächlichen Nadeln aus dem Damme; prima reunio; ein Silberfaden ist durchgebrochen und wird mit entfernt. Am 2. IV. ist die kaum verheilte Wunde auseinandergeplatzt, teils durch den schlechten Silberdraht, teils durch unruhiges Liegen der Patientin. Es werden in Narkose die Wundränder angefrischt und sekundär mit Seide wieder vereinigt. Am 12. IV. Herausnahme der Fäden, prima reunio. Am 20. IV. Herausnahme der Silberfäden aus der vorderen Scheidenwand. Geheilt entlassen am 27. III. 89.

Fall 4.

Fr. H., 25. J. aus Papendorf bei Pasewalk wurde am 26. IV. 89 aufgenommen. Patientin hat 5 Geburten gehabt. Bei der Geburt des 4. Kindes tritt ein Riss in den Cervix auf, bei der des fünften, das nur acht Monate getragen ist,

kommt der komplete Dammriss zu stande, im März 88. Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata, tiefer Einriss durch die vordere Muttermundslippe. Am 26. IV. Perineoplastik nach Sänger, Emmet'sche Operation der Portio. Operation in Narkose. Nach der üblichen Vorbereitung und Desinfektion der Instrumente wird die Vaginalportion nach unten gezogen, darauf mit der Schere die ziemlich derben Ränder der Narbe abgetragen und die Wundflächen mit Katgut aneinandergenäht. Sodann wird mit dem Messer das schmale Septum zwischen Anus und Scheideneingang gespalten, der Schnitt mit der Knieschere $1^1/_2$ ctm. tief gemacht und nach oben und unten an den Endpunkten des Schnittes die Haut gespalten, so dass die H förmige Anfrischung zu stande kommt. Nach genügender Lostrennung des oberen und unteren Lappens werden dieselben nach oben und unten getrennt und die grosse Wundfläche mit drei tiefen Silberfäden geschlossen, zwischen welche die Wunde noch durch oberflächliche Silkwormfäden vernäht wird; mit demselben Material werden die oberen und unteren Wundwinkel geschlossen. Darauf T Binde. Patientin erbricht am Operationstage fortwährend bis Abends spät. In den ersten Tagen nach der Operation muss täglich zweimal katheterisiert werden. Stuhlgang am fünften Tage nach Ricinusöl. Am 3 V. werden die Silkwormfäden herausgenommen; prima reunio. Am 9. V. werden die Silberfäden entfernt. Hinter einem Faden hatte sich eine kleine Eitermenge angesammelt, die auf Druck abfliesst. Der in die Vagina eingeführte Finger konstatiert, dass auch der Cervixriss geheilt ist. Entlassung am 13. V. 89.

Fall 5.

Fr. L. 32 J. aus Iven bei Anklam wurde am 30. IV. 89. aufgenommen. Diagnose: Prolapsus parietis anterioris vaginae, ruptura perinei incompleta inveterata. Am 1. V. Perineoplastik nach Sänger, kolporrhaphia anterior. Die vordere

Scheidenwand wird mit Zangen hervorgezogen, ein Oförmiges Stück der Schleimhaut derselben mit Schere abgetragen und darauf die Wundränder mit Silberdraht und Seide aneinandergenäht. Hierauf wird das Perioneum nach Sänger in ⊔Form mit Knieschere und Messer angefrischt, der Lappen lospräparirt, nach oben gezogen und darauf die Wunde durch drei tiefe Silberfäden und oberflächliche Silkwormfäden geschlossen. Eine erhebliche Blutung trat während der Operation nicht ein. Anlegung des üblichen Jodoformverbandes. Am 8. V. Herausnahme der oberflächlichen Nadeln aus dem Damm, prima reunio. Am 14. V. Herausnahme der Silberdrähte aus dem Damm; glatte Heilung. Entlassen 17. V. mit der Weisung, nach 14 Tagen wiederzukommen, damit die Nadeln aus der vorderen Scheidenwand entfernt würden. Dieselben werden am 29. V. herausgenommen.

Fall 6.

Fr. P. 62 J. aus Torgelow wurde am 13. V. 89 aufgenommen. Patientin war bis zum 11. Jahre immer gesund, von da ab nach einer Erkältung vielfach kränklich; immer unregelmässig menstruiert bis zur Geburt des 4. Kindes mit 35 Jahren. Letzte menses vor 7 Jahren. Fünf regelmässige Geburten und zwei Aborte. Seit einem halben Jahre klagt Patientin über Schmerzen und Brennen in den äusseren Geschlechtsteilen; beim Arbeiten hat sie oft das Gefühl, als ob etwas vorfalle. Diese Beschwerden wurden stetig ärger. Stat. praes. Bau mittelgross, schlank, Ernährung mässig, Farbe verbrannt, Appetit leidlich gut, Stuhl angehalten, Urin normal. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt: Uterus liegt liegt normal, ist ebenso wie die Vagina senil involviert. Beide Scheidenwände erscheinen beim Pressen nach unten in der Schamspalte. Alter Dammriss. Diagnose: Ruptura perinei incompleta inveterata, prolapsus parietis utriusque vaginae. Operation in Narkose am 16. V. nach der gebräuch-

lichen Vorbereitung und Desinfektion der Instrumente. □förmige Anfrischung des Dammes mit Knieschere und Messer. Der gebildete Lappen wird nach oben frei präpariert. Einige kleine spritzende Arterien werden mit Klemmpincetten gefasst und später torquiert. Darauf werden die Wundränder mit drei tiefen Silberfäden und dazwischen liegenden Silkwormfäden vernäht. Ebenso die Ränder des geschrumpften Lappens. T-Binde. Am 23. V. Herausnahme der oberflächlichen Silberfäden; der Damm ist fest und dick, die Wundränder klaffen etwas, zeigen jedoch gute Granulationen. Patientin erhält jeden Abend ein Sitzbad und wird am 5. VI. entlassen, mit der Weisung, dies noch längere Zeit fortzusetzen und den Damm auch öfters am Tage mit reinem Wasser zu waschen.

Fall 7.

Fr. W., 38 J., aus Lindenhof wurde am 20. V. 89 aufgenommen. Meist gesund; im 15. Jahre Exstirpation der submaxillaren tuberkulösen Lymphdrüsen. Menstruation vom 20. Jahre an regelmässig, vierwöchentlich, 3—4tägig, nicht reichlich, ohne Schmerzen, ohne Stücke; fluor. Nach der letzten Entbindung vor 4 Wochen sind die menses noch nicht wieder aufgetreten. 8 regelmässige Geburten und zwei Aborte. Seit fünf Jahren nach einer Entbindung leidet Patientin am Vorfall, der nach der letzten Entbindung total wurde, weswegen der Arzt sie in die Anstalt sandte. Stat. praes. Bau mittelgross, kräftig, Ernährung leidlich, Farbe gesund, Appetit gut, Stuhl regelmässig, Urin: öfters Drang zum Urinieren, wenn der Prolaps sehr hochgradig ist. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt: vordere und hintere Scheidenwand bei intactem, aber schlaffem Damm völlig prolabiret. Grosses Ulcus an der Vaginalportion. Cervix verlängert, Uterus heruntergezogen. Sonde geht 12½ ctm. in den Uterus hinein. Diagnose: Prolapsus parietis utriusque vaginae, descensus uteri, elongatio cervicis. Am 26. V. in Narkose

Kolporrhaphia anterior. O förmige Anfrischung der vorderen Scheidenwand, Abtragung der Schleimhaut mit Schere und Pincette, Vernähen mit vier tiefen Silberdrähten und oberflächlichen Katgutfäden. Darauf Kolporrhaphia posterior. △förmige Anfrischung der hinteren Scheidenwand, Scheidenschleimhaut lässt sich stumpf abtrennen, Vernähen der Wundränder mit fünf tiefen Silber- und oberflächlichen Katgutfäden. Darauf Perineoplastik nach Sänger. ⊔förmige Anfrischung des Dammes mit Knieschere und Messer; eine spritzende kleine Arterie wird torquiert, im übrigen sowohl hier wie vorher geringer Blutverlust. Vernähen der Wundränder mit drei tiefen Silber- und oberflächlichen Silkwormfäden. T-Binde. Am 2. VI. Herausnahme der oberflächlichen Silkwormfäden; prima reunio. Am 8. VI. Herausnahme der Nadeln aus dem Damm, glatte Heilung. Am 22. VI. Entfernung der Nadeln aus den Scheidenwänden; prima reunio. Der Uterus hat jetzt nur eine Länge von 7½ ctm. Entlassen am 24. VI. 89.

Fall 8.

Fr. W., 31 J., aus Lassan, wurde am 5. VI. 89 aufgenommen. Immer gesund; menstruiert seit dem 12. Jahre, regelmässig, vierwöchentlich, eintägig, schwach, mit Schmerzen, ohne Stücke. Letzte Regel unbekannt. Eine Geburt vor 6½ Wochen mit Zange, seitdem bettlägerig. Seit der Entbindung, wo ein kompletter Dammriss entstand, muss Patientin das Bett hüten und klagt über Schmerzen zu beiden Seiten der Symphyse im horizontalen Schambeinaste, besonders rechts. In den letzten 14 Tagen ist Patientin sehr abgefallen; sie hatte keinen Appetit, nur starken Durst. Stat. praes. Bau mittelgross, fein, Ernährung schlecht, Farbe äusserst blass, Appetit schlecht, Stuhl angehalten, Urin normal. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt: Der Damm ist bis in den Sphincter ani eingerissen; über dem Riss sind die aneinandergelegten Hautfetzen zu einer schmalen Brücke ver-

einigt; der Mastdarm ist stark mit Kot angefüllt; grosse Schmerzhaftigkeit besteht zu beiden Seiten der Symphyse in den Inguinalgegenden, besonders rechts. Auf diese schmerzenden Stellen werden drei Blutegel mit Erfolg gesetzt. Diagnose: Ruptura perinei completa inveterata. Am 12. VI. Perineoplastik nach Sänger in Narkose. Die kleine oberflächliche Brücke wird durchschnitten, darauf wird das schmale Septum zwischen Anus und Vagina auf dem in das Rectum eingeführten Finger quer mit Messer und Kniescheere gut 1½ ctm. tief durchtrennt, zwei kleine spritzende Arterien werden mit Klemmpincetten gefasst und torquiert. Darauf werden an den Enden dieses Schnittes rechtwinklig zu ihm nach oben und unten seitlich von der Scheide und vom Anus tiefe Einschnitte durch das Gewebe gemacht, sodass die typische H-förmige Anfrischung des Dammes entsteht. Die so gebildeten Lappen werden nach vorn und hinten lospräpariert und darauf die seitlichen Wundränder mit drei tiefen Silberdrähten und verschiedenen Silkformfäden mit einander vernäht. Anlegung des üblichen Jodoformgazewatteverbandes mittelst T-Binde. Am 6. Tage wird nach starkem Abführen (0,9 Calomel in drei Dosen, 2 Esslöffel Ol. Ricini, 1 Tamarindenpastille, 1 Glycerinklystier von 5,0 Glyc.), endlich Stuhlgang erzielt. Am 19. VI. Entfernung der Silkwormfäden; prima reunio. Am 26. VI. Entfernung der Silberfäden. Die Wundränder liegen gut und fest aneinander, auch am Anus ist alles geheilt. Entlassen am 29. VI. 89.

Fall 9.

Joh. R., 21 J., aus Zarrentin wurde am 20. VI. 89 aufgenommen. Immer gesund, menstruiert vom 14. Jahre, unregelmässig, 2—3wöchentlich, 1—2tägig, nicht reichlich, ohne Schmerzen, mit Stücken, fluor. Letzte Regel augenblicklich, sehr schwach, nachdem sie circa ein viertel Jahr ausgeblieben. Vor 1½ Jahren eine regelmässige Geburt und Wochenbett.

Die ersten Monate nach der Entbindung trat die Regel sehr stark auf, wurde aber allmählich wieder schwächer. Patientin musste bald nach der Entbindung wieder schwer arbeiten, wobei sich allmählich ein Vorfall ausbildete; Patientin hatte das Gefühl, als ob etwas aus der Schamspalte heraustrete. Seit circa einem halben Jahr ist ein Tumor vor die äusseren Geschlechtsteile getreten. Stat. praes. Bau gross und kräftig, Ernährung gut, Farbe gesund, Appetit gut, Stuhl regelmässig, Urin normal. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt: Scheideneingang weit, schlaffer Damm, vordere Scheidenwand stark aus der Schamspalte hervortretend, hintere nur wenig, Uterus liegt retroflektiert, Sonde geht 10 ctm weit in ihn hinein. An der vorderen Scheidenwand befinden sich drei Ulcerationen. Diagnose: Prolapsus parietis anterioris vaginae, retroflexio uteri. Am 26. VI. wird ohne Narkose nach gründlicher Reinigung der Patientin und Desinfektion der Instrumente etc. ein O förmiges Stück aus der Schleimhaut der vorderen Scheidenwand mit Messer und Schere entfernt, die Wundränder mit drei Silberfäden und dazwischen liegenden Katgutfäden vernäht und die Wunde mit Jodoform bestreut. Darauf wird in Narkose der Damm nach Sänger □förmig angefrischt mit Knieschere und Messer, wobei einige kleine spritzende Arterien torquiert werden, Vernähung der Wundränder, nachdem der Lappen nach oben lospräpariert ist, mit drei tiefen Silberfäden und dazwischen und nach aussen von ihnen liegenden oberflächlichen Silkwormfäden. Der übliche Verband wird mit T-Binde befestigt. Am 1. VII. Entfernung der Silkwormfäden; prima reunio. Am 8. VII. Entfernung der Silberfäden aus dem Damm; glatte Heilung; am 17. VII. werden die Silberdrähte aus der vorderen Scheidenwand entfernt; prima reunio. Entlassen am 18. VII. mit der Weisung, keine schwere Arbeit zu verrichten.

Fall 10.

Fried. F., 24 J., aus Stielow wurde am 19. VII. aufge-

nommen. Immer gesund, menstruirt seit dem 17. Jahr, regelmässig, vierwöchentlich, achttägig, reichlich, ohne Schmerzen und Stücke, fluor. Letzte menses vor 8 Tagen. Eine regelmässige Geburt und Wochenbett vor 2 Jahren. Sieben Wochen nach der Geburt hatte Patientin beim Heben schwerer Gegenstände das Gefühl, als ob ihr etwas vor die äusseren Geschlechtsteile trete. Dieser Zustand wurde dauernd und stets hinderlich beim Tragen etc. Stat. praes. Bau mittelgross, kräftig, Ernährung gut, Appetit gut, Farbe gesund, Stuhl regelmässig, Urin normal. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt: Uterus nicht vergrössert, liegt normal, beim Pressen nach unten tritt etwas die vordere Scheidenwand, bedeutend stärker aber die hintere vor die Schamspalte Der Damm ist sehr schlaff; Fluor albus besteht. Diagnose: Prolapsus parietis posterioris vagina, fluor albus. Am 22. VII. Operation in Narkose nach üblicher Vorbereitung und gründlicher Desinfection der Instrumente. Kolporrhaphia posterior, Perineoplastik nach Sänger. Die Schleimhaut der hinteren Scheidenwand wird in △förmiger Weise mit Schere und Messer abgetragen und darauf die sich gegenüberliegenden Wundränder mit zwei Silberfäden und verschiedenen Katgutfäden aneinander genäht. Nach Bestäuben der Wunde mit Jodoform wird der Damm mit Knieschere und Messer in der typischen ⌴Figur zwei ctm. tief angefrischt, die ziemlich beträchtliche venöse und arterielle Blutung durch Klemms zum Stehen gebracht und darauf die Wundfläche mit drei tiefen Silberfäden und dazwischen liegenden oberflächlichen Silkwormfäden vernäht. Jodoformverband mit T-Binde. Am 29. VII. Entfernung der Silkwormfäden; die Narbe ist in der Mitte etwas eingezogen, nach vorn zu völlig geschlossen. Am 5. VIII. Entfernung der Silberdrähte; an der Stelle der Einziehung haben sich die Wundränder etwas von einander entfernt und eine offene Stelle im Damm gelassen, von der Länge eines Centimeters. Diese Stelle heilt nach Sitzbädern

und Jodoformeinstäubungen in wenigen Tagen. Am 13. VIII werden die beiden Silberdrähte aus der hinteren Scheidenwand entfernt; prima reunio. Entlassen am 20. VIII. 89.

Fall 11.

Fr. N., 41 J., aus Holberg wurde am 28. VII. 89 aufgenommen. Immer gesund, menstruirt seit dem 17. Jahre, regelmässig, vierwöchentlich, 3 - 4 tägig, reichlich, ohne Schmerz und Stücke, fluor. Letzte Regel vor $1\frac{1}{2}$ Wochen. Neun regelmässige Geburten, drei Aborte. Das jüngste Kind wurde vor $3\frac{1}{2}$ Jahren geboren, seitdem stellte sich die Regel alle 14 Tage ein. Seit der Geburt des letzten Kindes leidet die Patientin am Prolaps der Scheidenwände, der durch schwere Arbeit immer grösser wurde. Ausserdem klagt sie seitdem über dauernde Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes. Stat. praes Bau klein ,Ernährung gut, Farbe gesund, Appetit gut, Stuhl regelmässig, Urin normal. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt: Vordere und hintere Scheidenwand prolabiert und lassen sich vor die äusseren Geschlechtsteile hervorziehen. Scheideneingang weit und klaffend, Damm schlaff, Uterus liegt normal, nicht vergrössert, auch keine elongatio cervicis. Diagnose: Prolapsus parietis utriusque vaginae. Am 31. VII. nach den üblichen Vorbereitungen in Narkose Kolporrhaphia anterior, Perineoplastik nach Sänger. Aus der Schleimhaut der vorderen Scheidenwand wird ein O förmiges Stück mit Messer und Cooper'scher Schere entfernt und die Wundfläche mit 2 Silberfäden und mehreren Katgutfäden geschlossen. Nachdem die Wunde mit Jodoform bestreut und reponiert ist, wird der Damm mit Knieschere und Messer in ⌴Form angefrischt, 2 ctm. tief in das Gewebe eingedrungen, der gebildete Lappen nach oben gezogen und die Wunde durch drei tiefe Silberfäden und dazwischen gelegte Silkwormfäden geschlossen. Jodoformverband mittelst T-Binde. — Patientin ist an diesem und dem folgen-

den Tage äusserst erregt und kann nur mit Mühe im Bett gehalten werden, das sie jedoch einmal verlässt, um in der Stube herumzuwandeln. Auf sehr ernstliche Vorstellungen fühlt sie sich fernerhin bewogen, den Vorschriften des Arztes Folge zu leisten. Das Resultat dieses abnormen Verhaltens ist, dass die Wunde nicht glatt heilt, sondern am 7. VIII., als die Silkwormfäden herausgenommen werden, nach vorne hin ziemlich breit klaffte. Am 14. VIII., wo die Silberfäden entfernt wurden, zeigt sich aber, dass die Wunde fast verheilt ist, allerdings mit einer breiten, noch nicht ganz geschlossenen Narbe, weshalb von der geplanten Sekundärnaht Abstand genommen und täglich ein Sitzbad gegeben wird, wonach Heilung durch Granulation erfolgt. Am 21. VIII. werden die Silberdrähte aus der vorderen Scheidenwand entfernt; prima reunio. Entlassen am 25. VIII. 89.

Fall 12.

Fr. D., 30 J., aus Stralsund, wurde am 29. VII. 89. aufgenommen. Diagnose: Prolapsus parietis anterioris vaginae, schlaffer Damm· Perineoplastik nach Sänger. Am 30. VII. wird in Narkose nach gründlicher Reinigung und Desinfection der Instrumente etc. die typische ⊔ Anfrischung des Dammes mit Knieschere und Messer ausgeführt. Die blutenden Gefässe werden mit Klemmpincetten gefasst und torquiert. Darauf werden, nachdem die losgelösten Hautlappen nach vorn gezogen, die sich gegenüberliegenden Wundränder mit drei tiefen Silberdrähten vereinigt und durch die noch klaffenden Partieen oberflächliche Silkwormfäden gelegt. Darauf wird der übliche Verband mit T-Binde angelegt. Stuhlgang am 2. VIII. nach Calomel 0,3. Am 6. VIII. Entfernung der oberflächlichen Silkwormfäden; prima reunio. Am 13. VIII. Entfernung der Silberfäden; Wunde ist glatt geheilt. Entlassen am 17. VIII. 89.

Sowohl diese, wie auch sonst schon veröffentlichte Fälle, deren Zahl nicht mehr gering ist, zeigen, dass die in Frage

stehende Operationsmethode alle Bedingungen, die man an eine ideale Operation stellt, in vollem Masse zu erfüllen, imstande ist. Es ist deshalb zu verwundern, dass die Methode einen so harten Kampf um ihre Berechtigung zu führen gehabt hat. Wenn sich neuerdings auch schon die grössere Mehrheit der Ausschlag gebenden Fachmänner für die Sache hat gewinnen lassen, so fehlt es doch noch immer nicht an solchen, die diesem neuen Verfahren seine Vorteile absprechen und andersartige ältere Methoden bevorzugen und verteidigen. So ist der Einwand gemacht worden, dass, wo es sich um die Therapie der Scheidenwandvorfälle handele, doch die Raumbeschränkung der Scheide das leitende, also die Gewebsexcision das allein indizierte sei. Wenn diese Methode in der Theorie auch eine zutreffende Begründung findet, so ist sie doch nicht imstande, der Lappenbildung nach Sänger die Brauchbarkeit abzusprechen. Im Gegenteil! Letztere hat abgesehen von der therapeutischen Zuverlässigkeit noch den Vorzug, dass bei ihr für den Fall einer wiederholten Operation gleichen Zweckes nicht die Gefahr vorliegt, eine erhebliche Verengerung des Scheideneingangs zu erzeugen, wie es bei der Gewebsexcision oft der Fall ist. Von derselben Seite wird geltend gemacht, dass die Tait'sche Operation vor der Entstehung einer Fistula recto-vaginalis nicht schütze; denn die Endnähte gingen in die Scheide und den Darm hinein. Dem ist aber nicht so; wie ja auch aus der Verlaufsbeschreibung der hierher gehörigen Fälle zu ersehen ist. — Wenn nun von anderer Seite der Vorwurf erhoben worden ist, dass die neue Perineorrhaphie schon deshalb nicht die Berechtigung hat, eine im Princip richtige Operation genannt zu werden, weil bei ihr die Beobachtung der vorliegenden anatomischen Verhältnisse nicht innegehalten wird, also nicht diejenigen Teile, die normal aneinander liegen sollen, sondern andere im normalen Zustande nicht benachbarte in Kontakt gebracht werden, und dadurch eine Verzerrung der normalen anato-

mischen Verhältnisse bedingt wird, so ist einfach darauf zu erwidern: Soll etwa ausser den praktischen Rücksichten, die bei der Methode massgebend sind, auch noch ein kosmetischer Effekt erzielt werden? Doch wohl nicht! Wenn infolge einer Operation nach kompletem veraltetem Dammriss, die Inkontinenz des Darmes einem prompten Verschluss des Sphincter Platz macht; wenn der Vorfall der Scheidenwände und die damit einhergehenden pathologischen Veränderungen des Uterus dauernd und sicher beseitigt werden; wenn der Scheideneingang dabei weit genug ist, um beim Coitus Einrisse nicht zu erleiden; wenn schliesslich bei Geburten die Haltbarkeit des operativ erzeugten Dammes sich als genügend erweist — für letzteres geben zwei von Pernice nach der Tait-Sängerschen Methode operierte Fälle den Beweis —, so sind doch damit sicher alle Anforderungen, die man stellen kann, erfüllt. — Ein anderer Einwand, dessen ich noch Erwähnung thun will, betrifft nicht die Methode, sondern richtet sich nur gegen die von Sänger empfohlene Silbernaht. Es wird empfohlen, wie bei allen tiefen Gewebstrennungen tiefe Nähte, so auch bei der Perineoplastik solche in Gestalt einer Etagennaht zu legen. Es ist theoretisch unbestritten, dass tiefere Wundflächen in besseren Kontakt gebracht werden, also die Höhlenbildung mit eventueller Sekretanstauung und deren Folgen besser vermieden werden, wenn man tiefe oder versenkte Nähte legt; deshalb will auch die Zweckmässigkeit einer Etagennaht bei der Dammwunde einleuchtend erscheinen. Doch praktisch ist sie nicht. Denn einmal bedarf es zur Etagennaht einer bedeutend grösseren Anzahl von Einstichen, und zweitens, was das wichtigere ist, das zur Etagennaht zu verwendende Katgut bietet nicht die genügende Garantie in Bezug auf Haltbarkeit, namentlich in Rücksicht auf den Widerstand, welchen es den nach der Operation in ihrer Verlaufsrichtung geänderten Gewebszügen leisten muss. Und als ein entscheidendes Moment muss auch hier wieder die

Erfahrung geltend gemacht werden. Die Silberdrahtnaht ist — abgesehen, dass sie auch einfacher anzulegen ist — vollauf den Ansprüchen gerecht geworden. Höhlenbildung mit Sekretansammlung und eventuellem Durchbruch nach aussen wird bei genügender Sorgfalt durchaus vermieden, und die Haltbarkeit dieser Naht ist zuverlässig.

Da die Argumente, die hier für die Tait-Sänger'sche Operation ins Feld geführt sind, sich auch den oben beschriebenen Fällen bewahrheiten, so hoffe ich, dass deren Veröffentlichung ein weniges beitragen möge, der Methode allgemeine Anerkennung zu gewinnen.

Zum Schlusse sage ich Herrn Geheimrat Prof. Dr. Pernice für die Ueberweisung der Arbeit, sowie für gütige Unterstützung bei derselben meinen besten Dank.

Lebenslauf.

Ich, Max Clemens Kirchhoff, evangelischer Confession, Sohn des Rechtsanwalts und Notars, Justizrat Gustav Kirchhoff und seiner Ehefrau Luise, geb. Grützmacher, bin am 23. Nov. 1865 in Bergen a. R. geboren. Ostern 1875 kam ich auf das Gymnasium zu Greifswald, welches ich Ostern 1885 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Ich studierte in Freiburg, Kiel, Greifswald, München, Greifswald. In Greifswald bestand ich zu Ende des vierten Semesters das tentamen physicum, im April 1889 das tentamen rigorosum. Meiner Militairpflicht habe ich im Sommer 1887 in Greifswald genügt. Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten, denen ich an dieser Stelle meinen Dank sage:

Freiburg,

Strasser, Baumann, Warburg.

Kiel,

Flemming.

Greifswald,

Sommer, Landois, Schmitz, Gerstäcker, Budge (†), Solger, Pernice.

München,

Bollinger, Bauer, Tappeiner, Stinzing, Angerer.

Greifswald,

Grawitz, Pernice, Mosler, Helferich, Rinne, v. Preuschen, Schulz, Schirmer, Hoffmann, Krabler, Strübing, Arndt.

Thesen.

I.

Zwischen Entzündung und Eiterung besteht kein qualitativer Unterschied.

II.

Bei Prolaps der Scheidenwände und Descensus uteri ist die Perineorrhaphie nach Tait-Sänger der Massage nach Thure Brandt vorzuziehen.

III.

Die Psychiatrie ist in den obligatorischen Lehrplan des medizinischen Studium aufzunehmen.